



RAPPORT
standardiserade vårdförlopp enligt
överenskommelsen mellan regeringen
och SKL om kortare väntetider i
cancervården 2018

Inledning

Detta är en mall för landstingens redovisning av införandet av 2018 års standardiserade vårdförlopp (SVF). Regionala cancercentrum (RCC) i samverkan har tagit fram mallen i enlighet med överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). För att få ta del av medlen ska landstingen/regionerna (i detta dokument benämnda landstingen) tillsammans med RCC ta fram och lämna in en redovisning enligt denna mall.

Arbetet med cancersatsningen ska bygga på det utvecklingsarbete som är gjort inom ramen för den nationella cancerstrategin och de upprättade RCC. Genom satsningen ska RCC och landstingens linjeorganisation knytas närmare samman för ännu bättre resultat i cancervården.

Krav i överenskommelsen 2018

För att få ta del av höstens medel (196 mkr) ska landstingen senast den 1 november 2018 redovisa följande:

- Att de tre nya standardiserade vårdförloppen ~~har~~ införts senast den 1 november 2018.
- Hur de har arbetat med standardiserade vårdförlopp som går över landstingsgränser.
- Hur de planerar att arbetet med standardiserade vårdförlopp ska fortsätta efter 2018.
- Hur de arbetar för att uppfylla målet 2020 om att 70 procent av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett standardiserat vårdförlopp och 80 procent av dessa patienter ska gå igenom respektive vårdförlopp inom utsatta maximala tidsgränser.
- Hur kvalitetssäkringsarbetet inom landstingen ~~har~~ genomförs avseende uppföljning av väntetider.
- Att de använder den PREM-enkät som har tagits fram av SKL och RCC inom ramen för satsningen.

Respektive RCC samordnar arbetet med redovisningarna vilka ska lämnas till socialdepartementet.

1. Införda SVF

1.1 Införande av tre nya SVF under 2018

Antalet genomförda SVF ska redovisas i tabellen under 1.2, men det ställs inga krav på att samtliga landsting ska ha haft patienter som har gått igenom de tre nya vårdförloppen fram till redovisningstillfället eftersom det förväntade antalet nya fall är lågt. I stället anses de vara införda när landstinget har alla delar i arbetet på plats så att patienter kan börja remitteras enligt aktuellt standardiserat vårdförlopp.

Beskriv kortfattat för respektive diagnos om införandet har följt handlingsplanen eller om justeringar skett och i så fall hur.

Införandet av de tre nya vårdförloppen har implementerats enligt handlingsplanen. Då ansvariga kliniker redan har god erfarenhet av arbetet med SVF har det inte uppstått några händelser som föranlett justeringar. Samtliga förlopp startade den 15 maj 2018.

Analancer och buksarkom: Dessa förlopp har samma processgrupp som SVF tjock- och ändtarmscancer.

Gynekologiska sarkom: Detta förlopp har samma processgrupp som övriga gynekologiska SVF.

Neuroendokrina buktumörer: Detta förlopp har samma processgrupp som bröstcancer.

1.2 Antal patienter som genomgått respektive SVF

Redovisa hur många patienter som har genomgått och avslutat respektive standardiserat vårdförlopp **under 2018**. Ange datum för datauttag samt källa för datauttag.

Patienter anses ha genomgått och avslutat ett SVF när de är registrerade för både välgrundad misstanke och avslut av SVF, genom start av behandling eller annat avslut. För diagnoser markerade med * ställs inga krav på att samtliga landsting ska ha haft patienter som har gått igenom vårdförloppet fram till redovisningstillfället eftersom det förväntade antalet nya fall är lågt.

Vårdförlopp	Antal patienter påbörjade och avslutade inom det egna landstinget		Antal patienter påbörjade inom det egna landstinget, men överförda till och avslutade i ett annat landsting		Antal patienter påbörjade i ett annat landsting, men överförda till och avslutade inom det egna landstinget	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Akut lymfatisk leukemi*	1	0	0	0	0	0
Akut myeloisk leukemi	3	5	0	0	0	0
Analancer*	6	2	0	4	0	0
Bröstcancer	8	257	0	0	0	0
Buksarkom*	0	0	0	0	0	0

Bukspottkörtelcancer	21	12	5	6	0	0
Cancer i galla och gallvägar*	2	4	0	1	0	0
Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom	10	5	0	0	0	0
CUP – Cancer utan känd primärtumör	14	19	1	1	0	0
Hjärntumörer	4	7	6	3	0	0
Hudmelanom	57	57	2	2	0	0
Huvud- och halscancer	29	24	20	16	0	0
Kronisk lymfatisk leukemi	10	4	0	0	0	0
Levercancer	11	9	4	1	0	0
Livmoderhalscancer (cervix)	0	7	0	6	0	0
Livmoderkroppscancer (endometrie)	0	45	0	20	0	0
Lungcancer	92	83	16	18	0	0
Lymfom	30	23	1	0	0	0
Matstrupe- och magsäckscancer	63	74	7	4	0	0
Myelom	15	9	0	0	0	0
Neuroendokrina buktumörer (GEP-NET)*	0	0	1	0	0	0
Njurcancer	8	9	6	6	0	0
Peniscancer*	5	0	3	0	0	0
Prostatacancer	674	0	35	0	0	0
Skelett- och mjukdelssarkom	3	1	7	8	0	0
Sköldkörtelcancer	0	6	1	0	0	0
Testikelcancer*	16	0	2	0	0	0
Tjock-och ändtarmscancer	258	269	15	13	0	0
Urinblåse- och urinvägscancer	318	216	13	9	0	0

Vulvacancer*	0	3	0	1	0	0
Äggstockscancer	0	42	0	7	0	0

Data i tabellen är tagna ur landstingets egen databas den 9 oktober 2018. Landstinget har inte haft några patienter som genomgått SVF buksarkom men förloppet är på plats i organisationen.

1.3 Överföring av information

- a) *Har systemet för uppföljning av standardiserade vårdförlopp med hjälp av KVÅ-koder i landstinget ändrats sedan handlingsplanen lämnades in?*

Systemet för uppföljning med hjälp av KVÅ-koder har inte ändrats i landstinget sedan handlingsplanen lämnades in. Landstinget arbetar vidare enligt vad som beskrivits i handlingsplanen. Nätverksträffarna med ansvariga för kvalitetssäkring av data kommer att fortsätta även efter 2018 då deltagarna ser ett värde i träffarna.

- b) *Hur har landstinget utvecklat kvalitetssäkringen av data till den nationella väntetidsdatabasen under 2018?*

Landstinget har arbetat vidare i enlighet med vad som beskrivits i vårens handlingsplan. Vid felaktigheter eller problem som väntetidssamordnaren upptäckt inför inrapportering till SIGNE har kontakt tagits med ansvariga kvalitetssäkrare.

Landstinget har ansökt om och fått stimulansmedel från RCC för att utveckla arbetet med kvalitetssäkring. Medlen har använts för utveckling av landstingets egna SVF rapporter bland annat för att minska risken för felrapportering in till SIGNE, samt för att minska manuella justeringar innan rapporten skickas. Idag behöver hela rapporten skickas om till SIGNE om det finns enstaka felaktigheter, detta är ett tidsödande arbete. Med hjälp av de medel som tilldelats landstinget har rutinerna förbättrats och antalet felrapporteringar minskat och därmed även den administrativa bördan.

Landstinget har även ett pågående arbete med att utveckla ledtidsrapporten i syfte att bättre synliggöra hur de olika SVF ligger till i förhållande till SKL:s mål 2020. Rapporterna har utvecklats med fler specifika delledtider vilket ytterligare tydliggör flaskhalsar i SVF processen.

- c) *Hur har landstinget arbetat under 2018 med att lösa frågor angående att överföra och säkra informationen för uppföljning när flera landsting delar på ansvaret för ett enskilt standardiserat vårdförlopp?*

Landstinget har arbetat vidare med de remissmallar som beskrivits i handlingsplanen. Dessa säkerställer att rätt information når mottagande landsting. Genom att personliga kontakter mellan egna koordinatörer och kontaktsjuksköterskor och koordinatörer och kontaktsjuksköterskor i det mottagande landsting tagits har det gemensamt framtagits rutiner för god överföring av patienter.

Ytterligare en plattform som skapar möjlighet att diskutera problem och komma fram till gemensamma lösningar är de dialogmöten som RCC regelbundet initierar för varje diagnosgrupp. Till dessa möten inbjuds berörd personal att möta RCC:s processledare samt koordinator. Här lyfts bl.a. frågor specifikt riktade mot arbetet med SVF.

Landstinget arbetar aktivt med förbättringar av mottagandet av patienter som behandlats av andra landsting.

Till exempel har det vid ett dialog möte uppmärksammats att antalet postoperativa vårdplatser av lever- galla och bukspottkörtelcancer i det opererande landstinget påverkar antalet möjliga operationer.

För att komma tillrätta med detta har ett förslag om att sjuksköterskor från hemlandstinget erbjuds att hospitera på behandlande landstings postoperativa avdelningar diskuterats. Detta i syfte att få en bättre kunskap om patienterna. Det ökar möjligheten att tidigare överta patienten till hemlandstinget och på så vis skapas utrymme för fler operationer.

Landstinget har genomfört en fokusgruppsintervju med patienter som behandlats för skelett- och mjukdelssarkom. Det blev här tydligt att det fanns behov av en fast vårdkontakt i det egna landstinget, något som saknats. Mot bakgrund av detta kommer landstinget aktivt arbeta med att förbättra det postoperativa omhändertagandet av dessa patienter. Sedan våren 2018 finns idag kontaktsjuksköterskor i på ortopediklinikerna för patienter med skelett- och mjukdelssarkom.

Landstinget har ännu inte haft möjlighet att besöka Sarkomcentrum vid Karolinska sjukhuset. Under våren flyttade Sarkomcentrum till nya lokaler och besöket sköts upp. Ny kontakt har tagits med Sarkomcentrum för planering av besök i höst.

d) *Finns övrigt att kommentera utifrån de uppgifter som är lämnade i tabellen ovan?*

Inget övrigt att kommentera mer än att alla förloppen är på plats.

2. Fortsatt arbete med SVF

2.1 Risk för undanträngning och omprioriteringar

Hur har de risker för undanträngningseffekter/omprioriteringar som beskrevs i handlingsplanen följts och åtgärdats? Har nya risker identifierats under året?

Använd gärna tabellen:

Risk för undanträngning/omprioriteringar	Genomförda åtgärder
MRT-remitter har ökat kraftigt och SVF har trängt undan patienter som är medicinskt prioriterade inom 1-2 veckor. Väntetiderna har generellt ökat till 6-8 månader på icke SVF och lägre prioriterade undersökningar. Många MRT undersökningar måste omprioriteras pga. långa	Den planerade åtgärden i handlingsplanen kvarstår. MRT sektionen planerar för utökade öppettider under 2018 under kvällar och helger förutsatt att det kan bemannas av sjuksköterskor och läkare.

<p>väntetider samt ett flertal patienter skickas till annat landsting.</p> <p>Bild- och funktionsmedicin (BFM) har fått en oväntat stor mängd SVF prostataundersökningar. Som en följd av detta beräknas 10-15 patienter i veckan med benigna åkommor stå tillbaka och får en längre väntetid än tidigare. Bland dessa finns många yngre patienter som i väntan på utredning är sjukskrivna samt patienter som visat sig ha cancer, där diagnosen fördröjs pga. långa väntetider</p>	<p>BFM har äskat investeringsmedel sedan 2015 för att utöka till 6 stycken MRT kameror över en längre tidsperiod.</p> <p>MRT är i stort behov av nya ändamålsenliga lokaler och verksamhetsbeskrivning för lokalförändring är skriven och landstingsfastigheter informerade.</p>
<p>Det sker kontinuerliga överbokningar av DT undersökningar inom ramen för SVF trots att stor del av tidboken är reserverad för SVF.</p> <p>BFM har noterat att det sker stora undanträngningar för övriga DT som inte är SVF.</p>	<p>BFM har driftsatt ytterligare en DT i landstinget och utbildat personal under 2018. DT har startat upp i full skala hösten 2018.</p>
<p>Vad gäller ultraljudsundersökningar har en viss undanträngning noterats då SVF patienter prioriteras vilket leder till längre väntetider för övriga undersökningar.</p>	<p>Ny ultraljudsutrustning har installeras 2018. En röntgensjuksköterska påbörjar Sonografutbildning under hösten 2018. BFM är fortfarande i behov av att inskola nya ultraljudsläkare.</p>
<p>Gruppen av patienter med en redan känd uroterial cancer som behöver kontrolleras enligt vårdprogram riskerar att få sina återbesök framflyttade för att patienter i SVF-flöden ges företräde. Som ett resultat av detta ser urologerna att ca 25% av patienter som genomgått en uroterial cancer och som får en försenad kontroll redan utvecklat ett recidiv vid kontrollen.</p>	<p>Landstinget har vidtagit åtgärder genom upphandlingen av den urologiska öppenvården som i första hand tar de urologiska nybesöken. Från årsskiftet överförs nu månatligen succesivt även återbesöken den nyöppnade polikliniska verksamheten för de patienter som passerat nationellt stipulerade ledtider, inkluderade cystoskopierna.</p>

2.2 Min vårdplan

Utifrån det standardiserade vårdförloppet ska en individuell vårdplan upprättas för varje enskild patient som får en cancerdiagnos. Hänsyn ska tas till patientens önskemål och individuella situation.

Hur har landstinget arbetat med Min Vårdplan som stöd för SVF-processen?

Landstinget har fortsatt arbetet med att alla patienter som får en cancerdiagnos erhåller Min Vårdplan (MVP). I denna finns även Hälsoskattningsinstrumentet som säkerställer att cancerrehabiliteringen tas upp med varje patient. Landstinget har även implementerat Hälsoskattningsinstrumentet i journalsystemet vilket är en förutsättning för en god dokumentation av cancerrehabiliteringen. I journalen har grafer byggts in vilket underlättat att över tid följa hur vårdåtgärder fallit ut.

I regionen pågår ett arbete med att i höst möjliggöra införandet av elektronisk Min Vårdplan (e-MVP). Landstinget Dalarna har beslutat att inte implementera e-MVP under hösten då det idag saknas en e-designer vilket är avgörande för att möjliggöra en start. Landstinget deltar däremot aktivt i det regionala arbetet med e-MVP och har en representant i den regionala arbetsgruppen. Samma person är även representerad i det regionala- och det lokala kontaktsjuksköterskenätverket. I en regional workshop som under hösten arrangerades av SKL:s projektledare för e-MVP deltog kontaktsjuksköterskor för tjock- och ändtarmscancer från landstinget. Det regionala arbetet med e-MVP har redovisats och diskuterats på de lokala nätverksträffarna för kontaktsjuksköterskor samt i Cancerrådet, Cancerrehabiliteringsgruppen och i Patient- och närståenderådet. Genom deltagande i det regionala arbetet med e-MVP ser landstinget även möjlighet att ta del av erfarenheter från de landsting i regionen som startar med e-MVP under hösten 2018.

3. Information och förankring

3.1 Patienter och närstående

Förutom en förbättrad tillgänglighet ska införandet av SVF även skapa ökad nöjdhet hos patienterna genom bl.a. bättre information, mer delaktighet och kortare väntetider.

Hur har landstinget involverat patient- och närståenderepresentanter i arbetet med SVF under 2018

Landstinget har under våren 2018 startat ett Patient- och närståenderåd (PNR). Där alla lokala patientföreningar har erbjudits deltagande.

I de fall en lokal patientförening saknas har frågan istället ställts hos de regionala patientföreningarna i syfte att erhålla hjälp med representation i rådet. PNR består idag av representanter för prostatacancer, mun- och halscancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, sarkom samt gynekologisk cancer. Arbetet fortsätter med att försöka rekrytera medlemmar som kan representera ytterligare diagnoser. Rådet har antagit en uppdragsbeskrivning. Denna redovisades i sin helhet i handlingsplanen.

I rådet diskuteras bland annat SVF. Statistik och resultat från PREM enkäten redovisas kontinuerligt. Medlemmarna sprider informationen i sina respektive föreningar och tar även med sig föreningarnas intressefrågor till rådet. Rådet har även en direkt länk till Cancerrådet genom att två av patientrepresentanterna från PNR ingår i Cancerrådet. En av patientrepresentanterna är även medlem i den Nationella cancerrehabiliteringsgruppen.

3.2 Vårdens medarbetare

Hur har landstinget säkerställt att vårdens medarbetare har kännedom om standardiserade vårdförlopp under 2018?

Landstinget har säkerställt att vårdens medarbetare har kännedom om SVF genom att det i SVF-arbetsgruppernas ansvar ingår att sprida kunskap om SVF och dess rutiner ut i sina kliniker samt till övriga kollegor. Projektledaren för SVF har utbildat AT läkare vid deras introduktionsvecka och detta kommer även att fortsättningsvis finnas med i AT läkarnas introduktionsvecka. SVF redovisas även i det lokala kontaktsjuksköterskenätverket samt i den lokala Cancerrehabiliteringsgruppen. Denna gruppering är multiprofessionell och når därmed många professioner i landstinget.

Landstinget kommer även efter 2018 erbjuda utbildning i SVF till vårdgivare.

I samband med att landstinget nu erhållit ett nytt Intranät har ett gemensamt arbetsrum skapats där all aktuell cancerinformation finns samlad. Här kan samtliga anställda inom landstinget ta del av Cancerrådets-, Cancerrehabiliteringsgruppens- samt det lokala nätverket för kontaktsjuksköterskors arbete och samlad information om SVF inklusive dess kontaktvägar.

Vad gäller primärvården har landstinget tidigare haft svårt att nå ut till personalen på vårdcentralerna. Landstinget har nu skrivit in i *Avtal Hälsoval 2019* att 60 % av alla avslutade SVF ska ha sin start i primärvården. Under 2017 startade 44 % av SVF i primärvården. För att nå målet kommer landstinget bland annat att arbeta med utbildningsinsatser riktade mot primärvården. Det finns idag tre ST-primärvårdsläkare som planerat att göra sina ST-arbeten utifrån SVF. Enligt nuvarande planering kommer en av utgångspunkterna vara att undersöka vilka faktorer som kan påverka en ökad kunskap om SVF i primärvården. Målet är att se en ökning av SVF remisser från primärvården. Arbetet kommer att bland annat att följas upp via SVF kvalitetsrapporter som riktar sig specifikt till primärvården.

Specialist läkare från medicin mottagningen har varit ute och föreläst för primärvårdens läkare vad gäller SVF tjock- och ändtarmscancer.

4. Resultat och statistik

4.1. Ledtider/kvalitetssäkring

- a) *Hur har landstinget säkerställt följsamheten till SVF så att registreringen sker på ett enhetligt sätt? T.ex. att koder för välgrundad misstanke och behandlingskoder sätts vid de tidpunkter som specificeras i vårdförloppsbeskrivningarna.*

Landstinget har säkerställt följsamheten till SVF enligt vad som tidigare beskrivits i handlingsplanen. Läkare dikterar start och avslut av SVF. Sekreterarna ansvarar sedan för att koden skrivs in i journalen. Då en patient ingår i SVF kodar de sedan alla delledtider varefter patienten befinner sig i vårdprocessen. Varje klinik har en specifikt utsedd kvalitetssäkrare för varje SVF. Genom att arbeta med landstingets egna SVF rapporter, där bland annat en felrapport är hjälpsam, kan de detektera felaktigheter och rätta dessa innan rapporten går till SIGNE. Då oklarheter angående kodning uppstår finns alltid möjligheten att kontakta projektledaren för SVF eller väntetidssamordnaren. SVF kodning diskuteras även på de regelbundna mötena med kvalitetssäkrarna. Detta förfarande kommer att fortsätta efter 2018 för att säkerställa att SVF registreringen sker på ett enhetligt sätt. Landstinget kommer efter 2018 ha en central SVF samordnare som inte är knuten till någon specifik enhet i den kliniska vården. Samordnaren kommer bland annat att ansvara för att uppdateringar av SVF når ut i vården samt fortsätta att utbilda i SVF. Samordnaren kommer även att vara en stödfunktion för vårdgivarna samt delta på RCC:s regionala möten för ett fortsatt regionalt samarbete omkring SVF.

- b) *Hur har landstinget säkerställt att alla SVF får fullständig registrering av nationella mätpunkter oavsett vem som utför vården?*

Landstinget har arbetat och kommer att arbeta vidare enligt rutiner som beskrivits i handlingsplanen. Det är alltid specialistvården som registrerar alla starter och avslut av SVF. Som beskrivits i handlingsplanen har primärvården inte rutin på att sätta koder. Start koden sätts således retroaktivt i specialistvården. Genom specifika SVF remisser i journalsystemet underlättar det för remittent och remissmottagare att säkerställa att patienten får sin start av SVF. I de fall patienter remitteras på annan remiss startar

koordinatören eller specialistläkaren SVF. Kontinuerlig SVF utbildning av personal sker där bland annat information om SVF remisser ingår.

Landstinget fortsätter att arbeta med de egna felrapporterna för att säkerställa korrekt inrapportering till SKL. Dessa rapporter utvecklas kontinuerligt utifrån behov som uppmärksammas av kvalitetssäkrarna.

KVÅ-koderna plockas automatiskt upp i de egna SVF rapporterna. Uppdatering av rapporterna sker varje natt vilket säkerställer att det alltid är ny statistik i dessa. Genom ett aktivt stödjande arbete från ledtidssamordnaren har rutiner arbetats fram som säkerställer kodning av de nationella mätpunkterna. För att säkerställa en fortsatt god registrering av alla SVF koder kommer landstinget efter 2018 att fortsätta arbetet med gemensamma nätverksträffarna för kvalitetssäkrarna.

- c) *Hur har landstinget följt upp och använt resultaten av de nationella mätpunkterna i arbetet med de standardiserade vårdförloppen?*

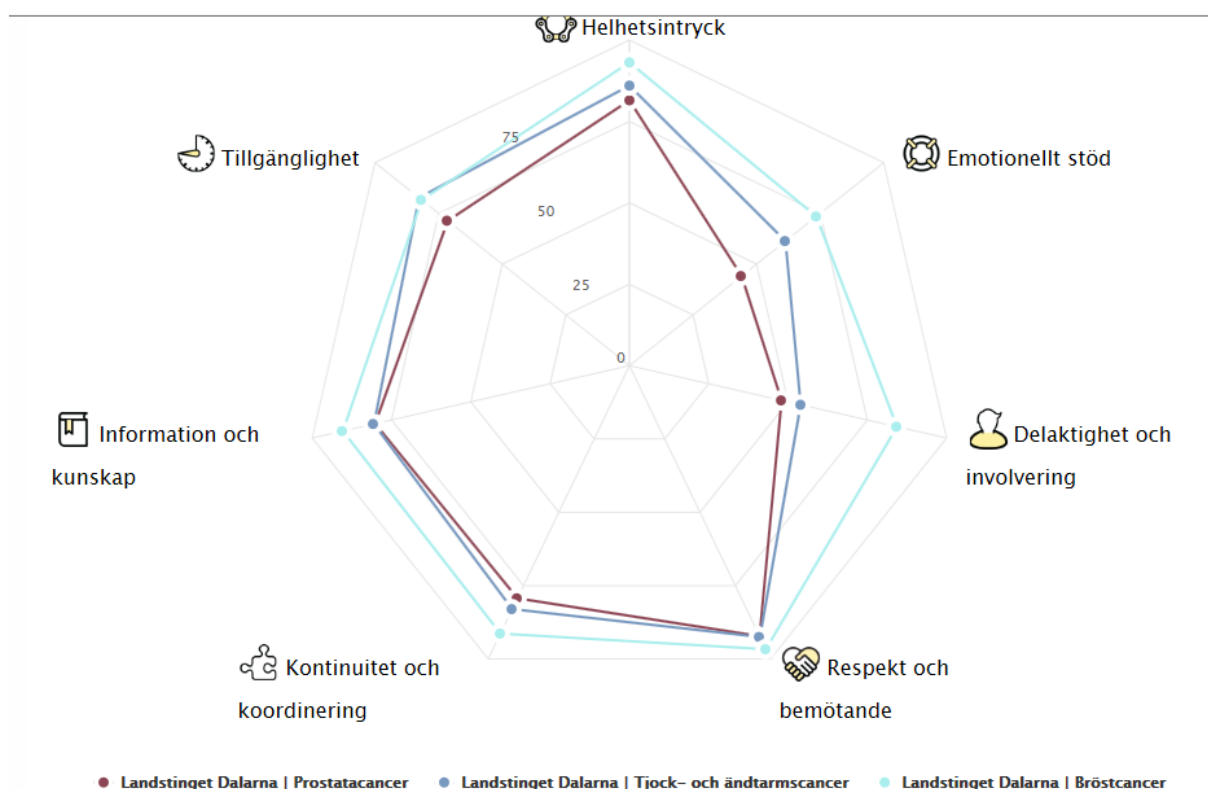
Landstinget har arbetat enligt vad som angetts i handlingsplanen med uppföljning och användande av resultaten från de nationella mätpunkterna. Vid överlämning av SVF i egen förvaltning ingår ansvaret att följa de egna rapporterna. På vissa klinikers ledningsgruppsmöten redovisas sedan tidigare SVF rapporterna. För övrigt redovisas resultaten kontinuerligt i Cancerrådet där verksamhetscheferna för kliniker som ansvarar för SVF ingår som medlemmar. Vid möten med Patient- och närstående rådet kommer redovisning av SVF statistik att vara en stående punkt. Alla SVF-rapporter ligger öppet tillgängliga för landstingets anställda på Intranätet.

4.2 PREM-enkäten

Utskick och analys av PREM-enkäten blev försenat under 2018. Besvara nedanstående fråga utifrån den data ni har haft tillgång till.

Hur har landstinget analyserat och tillgodogjort sig resultaten av PREM-enkäten för de 28 standardiserade vårdförlopp som infördes 2015–2017? Har landstinget använt sig av PREM-enkäten till de SVF som införts 2018?

Landstinget har bland annat i det lokala kontaktsjuksköterskenätverket jämfört PREM resultaten utifrån olika diagnoser. PREM resultaten visar bland annat att patienter som genomgått SVF bröstcancer har ett generellt positivt resultat. Vårdprocessgruppen har sedan många år tillbaka en väl fungerande vårdprocess med fasta kontaktsjuksköterskor. Resultaten för SVF prostatacancer visar ett något lägre resultat vad gäller emotionellt stöd samt delaktighet och involvering. Urologen har under en längre tid lidit brist på både kontaktsjuksköterskor och urologer. Resultaten för SVF tjock- och ändtarmscancer visar ett resultat där emotionellt stöd är något lägre än vid bröstcancer men resultatet för delaktighet och involvering ligger nära resultatet för prostatacancer. Då resultaten nu bygger på fler antal respondenter kan landstinget mer ingående analysera svaren och genom att jämföra resultaten exempelvis undersöka vilka faktorerna är som leder till skillnader.



Resultaten redovisas även i Cancerrådet och i Patient- och närståenderådet. Idag saknas det resultat från de flesta SVF då patientunderlaget ännu är litet. Som angivits i handlingsplanen kommer alla processgrupper in i Cancerrådet och informerar om sina vårdprocesser där PREM resultatet är en del i presentationen.

Landstinget har anmält att PREM enkäten även ska skickas till de SVF som startat 2018.

För att optimalt kunna ta ut resultaten från PREM enkäten har projektledaren för SVF efterlyst utbildning i analysverktyget.

5. Planering för arbete efter 2018

5.1 Fortsatt arbete

Målet för de årliga överenskommelserna är att de insatser som ingår ska bli en integrerad del av landstingens ordinarie verksamhet och att resultaten av arbetet ska bli tydliga, för både landstingen och för invånare och patienter.

Utifrån beskrivningen i årets handlingsplan, vilka insatser har genomförts och vilka planeras för att säkerställa att användningen av standardiserade vårdförlopp fortsätter efter 2018?

Landstinget kommer även fortsättningsvis att arbeta med SVF utifrån vad som beskrivits i handlingsplanen. En central SVF samordnare kommer att finnas efter 2018 som ska arbeta i enlighet av vad som framgått i handlingsplanen.

Primärvården har fått tydliga mål att arbeta mot och som regelbundet kommer att följas upp av ledningen. Ytterligare en riktad insats har varit att uppmuntra ST-läkare i primärvården att skriva sina ST-arbeten utifrån SVF. Arbete pågår nu med att hitta en bra struktur med en tydlig kontaktväg mellan SVF projektledare/SVF samordnare och primärvårdsrepresentant för fortsatt samarbete med

utvecklingen av SVF i primärvården. Vårdprocessgrupperna kommer regelbundet att redovisa sina SVF-processer i Cancerrådet som vid behov vidarerapporterar upp i styrgruppen (kunskapsstyrningsgruppen).

5.2 Mål för 2020

År 2020 är målet att 70 % av nya cancerfall inom aktuella diagnoser ska utredas via ett SVF och 80 % av dessa patienter ska gå igenom respektive SVF inom utsatta maximala tidsgränser. Regeringen avser att följa utvecklingen.

Utifrån beskrivningen i årets handlingsplan, vilka insatser har genomförts och vilka planeras för att uppnå målen 2020? Har analysen från handlingsplanen förändrats under året och i så fall hur?

Patologikliniken har i handlingsplanen informerat om stora framtida pensionsavgångar främst bland de biomedicinska analytikerna. Kliniken har arbetat aktivt och målmedvetet med rekrytering med mycket gott resultat. Laboratoriet är nu fullbemannat. De har även fått generationsväxlingstjänster beviljade och tror därmed på ett framtida jämnare flöde i sin produktion. De ser dock en ökad belastning då SVF högprioriteras.

Landstinget har idag bara en halv fast urologtjänst då avgångar skett sedan handlingsplanen lämnades in. Rekrytering pågår. Som en konsekvens av bristen på urologläkare i landstinget har ledtiderna för de urologiska patienterna ökat. Upphandlingen av den privata urologiska kliniken ökade tillgängligheten och förkortade ledtiderna från start av SVF fram till första besök hos urologläkare. Den totala ledtiden har däremot inte nått upp till ledtidsmålet 2020. Arbete pågår med att finna olika lösningar för att förbättra tillgängligheten till specialismottagningen. Landstinget har redan nu överfört ytterligare delar i utredningen av prostatacancer till den privata urologkliniken i syfte att öka tillgängligheten och förbättra ledtiderna. I de flesta övriga SVF håller landstinget generellt de nationella ledtiderna trots stora utmaningar med vakanta tjänster.

Då landstinget i vissa diagnoser är fortsatt beroende av MDK i andra landsting skapar det en fördröjning av den totala ledtiden. Problemet uppmärksammas bland annat på Dialogmöten med RCC och rutiner ses kontinuerligt över i syfte att förbättra vårdprocessen.

6. Ekonomi

Ge en översiktlig bild av hur stimulansmedlen har använts under 2018 och vad återstående medel kommer att användas till.

Stimulansmedlen har under 2018 bland annat använts till att finansiera SVF projektledarens lön samt andra omkostnader för det fortsatta arbetet med SVF.

7. Uppföljning av måluppfyllelse 2020

Delge oss gärna synpunkter på hur regeringen kan följa landstingens arbete inom cancerområdet under kommande år, t.ex. gällande målet för 2020.

Regeringen kan följa landstingens arbete inom cancerområdet via olika kvalitetsregister då dessa innehåller många kvalitetsindikatorer. För att följa måluppfyllelsen 2020 kan landstingen behöva hjälp av förslagsvis RCC att regelbundet ta fram data ur cancerregistret. Genom att enkelt få tillgång till registerdata skulle det underlätta för landstinget att se hur väl de uppfyller målet att 70 % av alla nya cancerincidenser utretts enligt SVF. Även denna statistik skulle kunna läggas publikt på RCC:s SVF webbplats.

Landstinget Dalarna

Central förvaltning

Hälsa- och sjukvårdsenheten

Utvecklingsavdelningen

Bitte Kans

Projektledare SVF

Tel. 072-510 29 91

Bitte.kans@ltdalarnas.se

Bilaga: Fastställda standardiserade vårdförlopp

Standardiserade vårdförlopp som infördes 2015-2017

- Akut lymfatisk leukemi
- Akut myeloisk leukemi
- Analcancer
- Bröstcancer
- Bukspottkörtelcancer
- Cancer i galla och gallvägar
- Cancermisstanke vid allvarliga, ospecifika symtom
- CUP – Cancer utan känd primärtumör
- Hjärntumörer
- Huvud- och halscancer
- Kronisk lymfatisk leukemi
- Levercancer
- Livmoderhalscancer (cervix)
- Livmoderkroppscancer (endometrie)
- Lungcancer
- Lymfom
- Malignt melanom
- Matstrupe- och magsäckscancer
- Myelom
- Njurcancer
- Peniscancer
- Prostatacancer
- Skelett- och mjukdelssarkom
- Sköldkörtelcancer
- Testikelcancer
- Tjock-och ändtarmscancer
- Urinblåse- och urinvägscancer
- Äggstockscancer

Standardiserade vårdförlopp som ska ha införts 2018

- Buksarkom inkl. GIST och gynekologiska sarkom
- Neuroendokrina buktumörer, inkl. binjurecancer
- Vulvacancer

De standardiserade vårdförloppen kan hämtas på

<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/>